

# 判断能力が不十分な人への意思決定支援と 医療ソーシャルワーク

## －医療ソーシャルワーカーへのアンケート調査を踏まえ－

林 眞 帆 ・ 織 原 保 尚 ・ 日 和 恭 世

### 【要 旨】

近年、医療における意思決定支援への議論は活発化している。ただし、判断能力の不十分な人を対象とする意思決定支援の議論は深まっているとは言い難い。とりわけ、実践の根拠となる成年後見制度の抱える課題は医療ソーシャルワーカーにも少なからず影響している。そこで、本稿は医療ソーシャルワーカーへのアンケート調査の結果を踏まえ、成年後見制度から弾かれている医療選択と同意という課題に対する医療ソーシャルワークの役割について検討した。

### 【キーワード】

判断能力が不十分な人・意思決定支援・医療ソーシャルワークの役割・成年後見制度

## 1. はじめに

近年、医療・ケアの選択や意思決定に関する議論の進展とともに政策的かつ実践的な取り組みが加速している。この意思決定という用語については、内閣府が障害者権利条約の批准を受けて2008年に実施した障害者施策調査票上で「支援を受けた意思決定」として登場し、これ以降、障害者制度改革において「意思決定支援」という用語が使用され始めたものである（引馬2016：22）。そもそも、1970年代のアメリカに端を発した自立生活運動以降、障害者の意思表示への支援は自己決定に欠かすことのできない重要な要素として認識されている。医療においても「患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する」と、世界医師会リスボン宣言でも謳われていることから、判断能力が不十分な人<sup>1</sup>や、そのような状況となる人々が主体となり最善の医療を選択できる仕組みづくりは必然と言えよう。

厚生労働省は、昭和62年から概ね5年ごと、がんなどの末期医療を中心に終末期<sup>2</sup>のあり方を検討し、平成19年「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。このガイドラインでは、終末期における「患者の意思確認」という表現が用いられたが意思決定や支援という用語は使用されていない。その後、救命救急の現場において高齢者の搬送が6割以上を占め、最優先の救命と尊厳（生活の質）の間での葛藤が生じ始めたことから、医療サイドの統一した対応の必要性が認識された（曾我2016）。日本救急医学会は、日本集中治療医学会・日本循環器学会の3学会と共同で「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3学会からの

提言～)』<sup>3</sup>を公表した。ガイドラインでは、患者の意思に沿った選択を最優先とし、患者の意思が不明な場合には、患者にとって最善の選択を優先すること、言い換えれば、患者の意思決定支援の重要性が示されたのである。次いで、2017年患者の最善の意思決定への関わり方を示した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」<sup>4</sup>が示され、2018年には事前意思の反映を目指した「アドバンスケア・プランニング (人生会議)」の取り組みが開始された。つまり、ガイドラインや人生会議の仕組みは、マクロの次元が整い始めたことを意味する。併せて、ガイドラインでは、組織内に倫理委員会などを設置し、患者の最善の利益について検討するメゾレベルの支援を示唆している。今後は、チーム医療のなかで各専門職がどのような役割を果たすか、マクロ・メゾを実働させるためのミクロレベルの支援の明確化が課題と言えよう。とりわけ、医療・ケアの意思決定は、患者の人生に関わる事案であり、社会生活や日常生活からの地続きのものである。その観点から、生活モデルを重視する医療ソーシャルワーカーが患者の意思決定にどのように関わるのか、チーム医療のなかで果たす役割は大きいと考えている。

そこで本稿では、まず、医療の選択と同意をめぐる今日的議論を医療政策と成年後見制度をもとに整理する。次いで、専門性や倫理綱領から「自己決定支援」を援助の中核に据えている医療ソーシャルワーカー (社会福祉士) へのアンケート調査をもとに、医療選択と同意における意思決定支援の現状と課題を明らかにする。そのうえで、本人中心の意思決定支援を支えるソーシャルワークの役割について論究する。

## II. 医療の選択と同意をめぐる今日的議論

### 1. 終末期医療から人生の最終段階における医療へ

厚生労働省は、昭和62年から概ね5年ごとに終末期医療に関する意識調査を実施している<sup>5</sup>。昭和62年～平成元年には「末期医療に関するケアの在り方の検討会」が実施され、主に痛みを伴うがん末期・植物状態の患者の医療の在り方について検討されている。その後、平成10年まで2回の検討会は、末期医療における延命治療や尊厳死などの問題とともに、国民の意識調査を実施するに至っている。報告書によると平成18年3月に起きた富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件を契機として、「尊厳死」のルール化の議論が活発になったことから平成19年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した経緯がある。

加えて、末期医療から終末期医療への議論は、前述した事件だけではなく、わが国が団塊の世代が後期高齢者となる、いわゆる2025年問題に直面していることとも関連する。厚生労働省によると要介護高齢者は1200万人と推定され、要介護者の2分の1は、認知症の影響が認められている。すなわち、医療においても超高齢化社会、多死社会の課題への対応が求められている。政府は、持続可能な社会保障制度を維持すべく、平成24年に議員立法により社会保障制度改革推進法を成立させた。法のなかで必要な改革の一つに「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」が挙げられた。このような社会情勢や課題への対応を検討するなかで、平成27年に終末期医療から「人生の最終段階における医療」と名称が変更されるに至った。人生の最終段階における医療の在り方においては、医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行った上で、患者本人による決定を基本とすることとし、人生の最終段階における医療及びケアの方針を決定する際には、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれている。平成30年3月には「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が公表された。ここ

では、医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化し、本人を含む関係者のなかでの合意形成による医療選択を支援しようとするものである。

また、患者の心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものとし、医療・ケアの方針やどのような生き方を望むか等を日頃から繰り返し話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の重要性を強調している。加えて、本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性も示されている。ただし、がんや終末期における患者を対象とするものの、自分の力だけでは意思を表明でき難いとされる障害者や認知症のある人の医療選択や同意については、具体的な指針は未だ示されていない。言い換えれば、政策的には、終末期という場面における医療について患者中心の意思決定を推進しようと取り組まれているものの、意思決定の主体であるべき患者の個別性については手つかずのままであり、判断能力が不十分な患者の意思決定支援については、権利擁護の観点からも焦眉の問題と言えよう。

## 2. 成年後見制度の現在

高齢者など判断能力の不十分な人をサポートする制度が成年後見制度である。1999年の民法改正により、新たな成年後見制度が開始された。法定後見として未成年者以外で行為能力を制限される者については、成年被後見人、被保佐人、被補助人と、それまでよりも1つ多い3つのカテゴリーに分類している。さらに、任意後見に関する法として任意後見法<sup>6</sup>が1999年に制定されている<sup>7</sup>。その際においては「自己決定（自律）の尊重」、「残存能力の活用」、「ノーマライゼーション」という新たな基本理念と、「本人の保護」と調和させることが、基本指針として挙げられている（法務省民事局参事官室1998, 小林・原2002）。

家庭裁判所による後見開始の審判を受けることにより、成年被後見人に対して法定後見人として成年後見人が付され<sup>8</sup>、「日用品の購入その他日常生活に関する行為」以外については、成年被後見人の法律行為は成年後見人によって取り消すことができるようになる<sup>9</sup>。成年被後見人は、「日常生活に関する行為」を越えた契約を締結する意思能力を欠いているとされ、単独で有効な契約の締結はできないため、成年後見人が代理するというかたちになる（内田2008）。また、成年後見人は、「生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行う」とされ、「財産管理事務」と「身上監護事務」を行うこととされている。そしてその事務を行うに当たり「成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない」と規定がなされている。

判断能力が不十分な人の意思決定に関する制度としては、この民法による成年後見制度が中心的なものとなる。成年後見制度の利用者数は年々増加傾向にある。厚生労働省による資料「成年後見制度の現状」によれば、2018年12月現在で成年後見制度全体の利用者数は、約22万人であり、前年と比較すると約8千人増加している。利用者の内訳は、成年後見が約17万人、保佐が約3万6千人、補助が約1万人、任意後見が約2千6百人となっている。

その一方で、以前から、医療の場面における成年被後見人に対する意思決定が問題とされてきた。すなわち、立法担当官の見解では、成年後見人等には医療同意権がなく、成年後見人等が医療行為に関して代行決定を行うことができないとされているにもかかわらず、実務上では、医療機関から、成年後見人等が医療行為の同意を求められることが多いという問題である（上山2006, 高橋・岩崎・八重樫2010, 銭2011）。

立法担当官の見解では、診療契約に関する法定代理権と、医的侵襲行為に関する代行決定権を峻別し、成年後見人等には、医的侵襲行為に関する代行決定権の権限を認めないとする立場がとられ、これが通説的な見解となっている（原2001, 道垣内2002）。ただし実務上は、患者が治療

を受けられなくなってしまうことにもなりかねないことから、判断能力の不十分な成年被後見人等への治療行為は、社会通念や、緊急避難、緊急事務管理などの一般法理を援用して対処していくという考え方もなされている（法務省民事局参事官室1998）。

### 3. 障害者権利条約

2019年現在、前節のような成年後見制度が存在し、また厚生労働省などがその利用の促進をアピールするなか<sup>10</sup>、日本も批准する障害者権利条約との関連では、それとは異なる方向性も明らかになりつつある。「代行（的）意思決定から、支援付き意思決定へのパラダイム転換」である。障害者権利条約ではその12条3項において、「法律の前にひとしく認められる権利」として「締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる」ことが定められている。

障害者権利条約成立過程の議論では、障害者団体などの反対はあったものの、意思決定支援の原則的な優越性を認めた上で、最終手段としての代行決定は容認すべきとの共通認識があったといわれている（上山2018：197）。しかし、障害者権利委員会により2014年4月11日に採択された12条に関する公式解釈指針である「一般的意見1号」では、意思決定支援への一元化が要請され、代理・代行決定の廃止と、その代替策である意思決定支援の双方を要請している。そして意思決定支援の体制構築の必要条件を9項目にわたって挙げ、具体的な指摘をもって、意思決定支援の推進について述べられている。

そして障害者権利委員会による総括所見においては、2019年現在意思決定支援についての法制化が進んでいる国々に対しても、代理・代行決定の制度があることについて、条約12条に基づいて各国が指摘を受けている。日本国内の議論においては、この指摘についてハードルが高すぎ、実効性に欠けるとする意見もある（上山2018：204）。

2016年に日本政府により国連に提出された「障害者の権利に関する条約第1回日本政府報告（以下「政府報告」）」では、政策委員会<sup>11</sup>からの指摘として「意思決定の支援及び法的能力の行使を支援する社会的枠組みの構築が急務である」こと、また、「特に代行型の枠組みである後見類型の運用に当たっては、最良の支援を提供しても、なお法的能力の行使が困難な場合に本人の権利と利益を守るための最終手段として利用されるべきものであり、かつ、代理人が本人に代わって意思決定をする場合にも、法の趣旨に則り、できる限り本人の意思を尊重するよう制度運用の改善を図る必要がある」ことが示されている。

### 4. 憲法上の権利としての位置づけ

障害者権利条約「政府報告」においても憲法については言及されており、障害者についても基本的人権は憲法の下で保障されていることを前提とし、13条が「すべて国民は、個人として尊重される」ことを定めていることを紹介している。その上で、障害者基本法3条において、基本原則として障害者の個人の尊厳について規定していることを紹介している。

基本的人権の普遍性については、すべての国民は憲法の保障する一切の権利を等しく享有しうるものであり、「一部の国民にのみ与えられる権利は、基本的というに値しない」と説かれる（野中・中村・高橋ほか2012：210）。

その上で有力な論者は、成年後見制度について、基本的には、自由権（憲法22条・29条の経済的自由権）・自己決定権（13条）の憲法的保障を十全にするための法システムといえるところつつ、①成年者であっても「判断能力が十分でない」ところを補いその人が生を全うすることを助けようとするものであるが、同時に、②それに付随してその人の活動を規制するという側面をももつ



ているとする。そのため、この制度については「判断能力が十分でない」成年者を実効的に支援するものとなっているか、と同時に、過剰な規制となっているところがないか、が問われることは避けられないと説明する（佐藤2011）。

また「判断能力が十分でない個人」について妥当しうる“弱い”自己加害阻止原理（弱いパターンリズム）があるとし、自由権・自己決定権などの“弱い”自己加害阻止原理に基づく制約の具体的正当化のためには、少なくとも3つの要件があるとする論者もある。そして①被介入者（被保護者）個人の独自の生き方・方針の尊重の要件、②より制限的でない手段を選択すべきとの要件（LRAの法理）、③公権力の介入における補充制の要件（例として、公権力は判断能力が十分でない個人を保護するとの目的で弱い自己加害阻止原理に基づき介入する場合にも、当該個人・私人と親密な人的結合関係にある私人が存在する場合には、当該私人に当該介入の内容を説明し同意を得なければならないとの要件）、の3点を挙げる（竹中2015）。

また日弁連は、人権擁護大会シンポジウムの報告書において、憲法第13条前段の規定「すべて国民は、人として尊重される」は、個々人が人や社会との関わりの中で自律的に自己の生き方を選択・実践していくことを根源的価値として、個人のそのようなあり方を尊重すると宣言するものであり、同条後段は、「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」（幸福追求権）を規定するとする。そして幸福追求権について、個人が自律的生を生きるのに不可欠の権利という位置付けを与えられており、これこそが日本国憲法の保障する基本的人権をなすものであるとした上で、したがって、「自律」という根源的な人権価値の実現において支援を受けることが必要である場合には、その支援を受ける権利は、憲法上の固有の基本的人権として保障されなければならないと説明している（日本弁護士連合会2015）。

### III. 医療ソーシャルワーカーへのアンケート調査から見える現状と課題

#### 1. 調査の概要

##### (1) 調査の目的と方法

本調査の目的は、判断能力が不十分な人の意思決定支援における医療機関の取り組みと医療ソーシャルワーカーの援助行為の現状を明らかにすることにある。調査対象はA県医療ソーシャルワーカー協会の会員280名とし、郵送法による質問紙調査により実施した。調査期間は、平成30年6月1日～10日とし、88件の有効回答を得た（有効回答率31.4%）。

##### (2) 倫理的配慮

本調査研究では、日本社会福祉学会の研究倫理指針に基づき、倫理的配慮を行った。また、別府大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。調査対象者に研究目的、個人情報保護、データの取り扱い、同意取り消しの権利、発表許可、回答は任意であることなどについて文章にて説明し、返信をもって同意を得たものとしている。

##### (3) 調査内容と分析方法

本調査は、①調査対象者の基本属性、②判断能力が不十分な患者の意思決定能力の判断過程、③判断能力が不十分な患者の意思決定能力を判断する仕組み、④判断能力が不十分な患者の医療に関する意思決定者、⑤判断能力が不十分な患者への援助の5点について回答を求めた。アンケート調査項目については、イギリス意思能力法（2005）をもとに相談援助業務15年以上でスーパーバイザーを担っている医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）からヒアリングを行い、その

内容からリストを作成した。

アンケート調査によって得られたデータは、単純集計にて分析を行った。

## 2. 調査結果

### (1) 基本的属性

調査対象者の年齢は30歳代が最も多く(38.6%)、次いで40歳代(30.7%)、20歳代(22.7%)の順となっている。相談援助の経験年数については、10年以上20年未満が最も多く(31.8%)、次いで5年以上10年未満(25.0%)となっており、5年以上20年未満が全体の56.8%を占めている。社会福祉士もしくは精神保健福祉士の資格については、資格ありが95.5%、資格なしが4.5%となっている(表1)。

### (2) 判断能力が不十分な患者の意思決定能力の判断過程

患者の意思決定能力の有無の判断をくだす人について尋ねたところ、医師が最も多く(59.3%)、次いで家族(25.9%)の順となっている(表2)。また、その決定が治療ごとに行われているかどうかに関しては、「はい」が58.0%、「いいえ」が42.0%となっている。「はい」と回答した人が「いいえ」と回答した人よりも多かったものの、「いいえ」と回答した人も40%を超えていることから、一旦、患者に意思決定能力がないと判断した場合、その後は意思決定能力がないものとして治療や支援が進められやすいことがわかる(表3)。

属性	カテゴリー	N	%
年齢	20歳代	20	22.7
	30歳代	34	38.6
	40歳代	27	30.7
	50歳代	6	6.8
	60歳代	1	1.1
経験年数	3年未満	14	15.9
	3～5年	14	15.9
	5～10年	22	25.0
	10～20年	28	31.8
	20年以上	10	11.4
資格	あり	84	95.5
	なし	4	4.5

表2 意思決定能力の判断をくだす者

	N	%
医師	64	72.7
看護師	3	3.4
PT・OT	1	1.1
ソーシャルワーカー	1	1.1
家族	28	31.8
その他	11	12.5
有効回答数	88	100.0

表3 意思決定能力を治療ごとに判断しているか

	N	%
はい	51	58.0
いいえ	37	42.0
合計	88	100.0

注：複数回答のため、割合の合計は100%を超える。

次に、本人に意思決定を行う能力がないと判断した場合、その根拠となっている項目を優先順位の高い順から3つの選択を求めた。その結果、優先順位1のなかで最も多かったのは病気であり(39.8%)、次いで精神状態(35.2%)、障害(18.2%)の順となっている。優先順位2で最も多いのは障害であり(38.6%)、次いで病気(28.4%)、精神状態(23.9%)の順となっている。また、優先順位3で最も多いのは精神状態であり(31.8%)、次いで病気と障害がいずれも22.7%となっている。

表4 意思決定能力がないと判断する根拠

	優先順位1	%	優先順位2	%	優先順位3	%
病気	35	39.8	25	28.4	20	22.7
障害	16	18.2	34	38.6	20	22.7
年齢	2	2.3	3	3.4	14	15.9
精神状態	31	35.2	21	23.9	28	31.8
生活歴	4	4.5	4	4.5	5	5.7
教育歴	0	0.0	0	0.0	0	0.0
仕事	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	1	1.1	1	1.1
合計	88	100.0	88	100.0	88	100.0

これらの結果から、意思決定能力の有無を判断する場合には、病気、精神状態、障害という医学的な側面を根拠としていることが多いことがわかる(表4)。

### (3) 判断能力が不十分な患者の意思決定能力を判断する仕組み

所属先に患者の意思決定能力の判断を行うための組織的な仕組みがあるかどうか尋ねたところ、「ある」が22.7%、「ない」が77.3%であった(表5)。このことから、患者の意思決定能力の判断を行うための組織的な仕組みは十分に整っていないことがわかる。仕組みがない理由について自由記述にて回答を求めたところ、「ケースごとに関係者で協議している」、「医師が判断している」、「組織内で仕組みの必要性が認識されていない」、「意思決定できないことが前提」、「担当ケアマネの情報のみで判断している」などの回答が得られた。「ケースごとに関係者間で協議している」との回答が最も多かったことから、組織的な仕組みはないものの、関係者間で話し合いを行いながら患者の意思決定能力を判断している組織も一定数あることがわかった。一方で、医師が判断したり、担当ケアマネの情報のみで判断したりと、患者の意思決定能力の判断に関して関係者間の話し合いの必要性自体が認識されていない組織もあることがわかった。

また、「ある」と回答した者に具体的な仕組みについて尋ねたところ、「倫理委員会」、「倫理コンサルチーム」、「管理者(幹部職員)会議」、「ケースカンファレンス」、「精神科医師のコンサルテーション」、「第三者委員会」などの回答が得られた。

表5 患者の意思決定能力の判断を行うための組織的な仕組みの有無

	N	%
ある	20	22.7
ない	68	77.3
合計	88	100.0

**(4) 判断能力が不十分な患者の医療に関する意思決定者**

判断能力が不十分な患者の医療に関する選択と同意は誰が行っているか、優先順位の高い方から3つの選択を求めた。その結果、優先順位1のなかで最も多かったのは家族であり(75.0%)、次いで本人(23.9%)となっている。優先順位2では、親類が最も多く(53.4%)、次いで家族(22.7%)、本人(13.6%)の順となっている。優先順位3では親類が最も多く(31.8%)、次いで本人(28.4%)、後見人(25.0%)の順となっている。これらのことから、医療の選択と同意については、本人よりも家族や親類が行っていることが多いことがわかる(表6)。

**表6 判断能力が不十分な患者の医療に関する選択と同意を行っている者**

	優先順位1	%	優先順位2	%	優先順位3	%
本人	21	23.9	12	13.6	25	28.4
家族	66	75.0	20	22.7	2	2.3
親類	0	0.0	47	53.4	28	31.8
後見人	1	1.1	9	10.2	22	25.0
ケアマネージャー	0	0.0	0	0.0	4	4.5
行政	0	0.0	0	0.0	2	2.3
近隣住民	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	0	0.0	5	5.7
合計	88	100.0	88	100.0	88	100.0

また、判断能力が不十分な患者の医療に関する選択と同意において、誰の意見が最も優先されるか尋ねたところ、家族の意思が最も多く(63.6%)、次いで本人の意思(23.9%)、医師の意見(8.0%)の順であった(表7)。さらに、その他と回答した人に具体的な内容を尋ねたところ、「ケースバイケース」、「以前の本人の言葉」との回答があった。このことから、判断能力が不十分な患者の医療選択と同意においては、本人の意思よりも家族の意思が優先されていることがわかる。

**表7 判断能力が不十分な患者の医療の選択と同意において最も優先される意見**

	N	%
医師の意見	7	8.0
本人の意思	21	23.9
家族の意思	56	63.6
医療スタッフの意見	0	0.0
ソーシャルワーカーの意見	0	0.0
その他	4	4.5
合計	88	100.0

**(5) 判断能力が不十分な患者への援助**

判断能力が不十分な患者の意思を確認するための工夫の有無について回答を求めたところ、工夫を「している」が95.5%、「していない」が4.5%であった(表8)。工夫を「している」と回答した人に具体的な工夫の方法を尋ねたところ、「単純な言葉で話す」が最も多く(23.3%)、次いで「必要な情報提供」(19.0%)、「意思表示を助けてくれる人を探す」(18.7%)、「コミュニケーションツールの活用」(14.4%)の順となっている(表9)。その他については、「院内での倫理カンファレンス」、「生活記録を参考にする」、「書面などで示す」との回答が得られた。これらの



ことから、本人に説明したり必要な情報を提供したりする等、本人に伝えることに関する工夫が多いことがわかる。

表8 意思確認の工夫

	N	%
している	84	95.5
していない	4	4.5
合計	88	100.0

表9 意思確認の方法

	N	%
必要な情報提供	62	70.5
すべての選択肢に対する情報提供	25	28.4
単純な言葉で話す	76	86.4
コミュニケーションツールの活用	47	53.4
意思表示を助けてくれる人を探す	61	69.3
理解しやすい時間帯の選択	21	23.9
緊張しない環境の設定	31	35.2
その他	3	3.4
有効回答数	88	100.0

注：複数回答であるため、割合の合計は100%を超える。

次に、判断能力が不十分な患者の情報を得る方法について、優先順位の高い方から3つの選択を求めた。その結果、優先順位1では家族からの情報収集が最も多く（48.9%）、次いで本人との面接（34.1%）、多職種からの情報収集（11.4%）となっている。優先順位2では家族からの情報収集が最も多く（28.4%）、次いで多職種からの情報収集（25.0%）、本人との面接（23.9%）の順となっている。優先順位3では多職種からの情報収集が最も多く（30.7%）、次いで本人との面接（26.1%）、観察（22.7%）の順となっている（表10）。これらの結果から、本人との面接や観察よりも家族からの情報収集によって患者の情報を得ることが多いことがわかる。

表10 判断能力が不十分な患者の情報を得る方法

	優先順位1	%	優先順位2	%	優先順位3	%
本人との面接	30	34.1	21	23.9	23	26.1
観察	2	2.3	11	12.5	20	22.7
多職種	10	11.4	22	25.0	27	30.7
家族	43	48.9	25	28.4	11	12.5
医師	3	3.4	7	8.0	4	4.5
成年後見人	0	0.0	2	2.3	1	1.1
その他	0	0.0	0	0.0	2	2.3
合計	88	100.0	88	100.0	88	100.0

#### IV. 判断能力が不十分な人への医療同意における実践的課題

##### 1. アンケート調査の結果から見えてきた課題

###### (1) 意思決定能力の判断における課題

今回の調査では、判断能力が不十分な患者の意思決定能力の判断について42.0%が治療ごとに行われていないという結果であった。また、意思決定能力の有無の判断においては、その多くが病気や精神状態、障害を根拠としていた。これは言い換えれば、病名や障害などをもとに一旦患者の意思決定能力がないと判断すれば、その後は場面や状況の変化等を考慮せずに、「意思決定

能力がない人」として扱っているということである。医学的な見解をもとに意思決定能力の有無を判断しているとはいえ、患者のおかれている状況は日々変化しているはずである。意思を表明したくても思うようにできない、もしくは、意思を表明していても重要な他者や支援者がその意思を十分にキャッチすることができなければ、その患者はたった一度の意思決定能力の判断だけで「意思決定能力がない人」というレッテルを貼られることになる。

この点に関して、例えば、厚生労働省が平成30年に公表した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」<sup>12)</sup>には、「認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にして、意思決定支援をする。」「本人のその時々々の意思決定能力の状況に応じて支援する。」「本人の意思決定能力を固定的に考えずに、本人の保たれている認知能力等を向上させる働きかけを行う。」等が記載されている。このガイドラインをもとに考えれば、現段階では、「症状にかかわらず患者本人には意思があり、意思決定能力を有する」という前提が十分に周知されておらず、病名や障害のみで意思決定能力の有無が判断されているという課題があると言えるであろう。また、ガイドラインでは本人の保たれている認知能力の向上に向けた働きかけも求められていることから、意思決定能力の判断においては、属性による能力にだけ目を向けるのではなく、支援者の働きかけによって意思決定能力の状況が変化し得るという視点を持つことも重要ではないかと考えられる。

## (2) 医療選択と同意における課題

今回の調査では、判断能力が不十分な患者の医療選択と同意は家族が行っているとの回答が多く、さらに、その選択と同意においては、本人の意思よりも家族の意思が優先されているということが明らかになった。

この実態を患者の権利という観点から見た場合、患者本人の「知る権利」や「自己決定権」が十分に担保されているのだろうかとの疑問を持たざるを得ない。「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」では、「患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。」と謳われている。したがって、医師をはじめとする医療従事者は、患者が主体的に自らの治療方針の選択や決定に関わることができるように支援することが求められる。しかしながら、調査結果では、優先順位1で患者本人が医療選択と同意を行っていると回答した者は、家族と回答した者の3分の1以下であった。また、医療選択と同意において患者本人の意思が最も尊重されると回答した者は、家族の意思が最も尊重されると回答した者の半分以下であった。このことは、判断能力が不十分な患者の自己決定権が十分に尊重されていないことを示していると考えられる。多くの医療機関が「患者の権利」を守ることを理念として掲げているものの、判断能力が不十分な患者の権利は十分に尊重されていないのが現状であると言えるだろう。家族の意思に基づいて医療の選択と同意が行われても、その選択を引き受けるのは患者本人である。判断能力が不十分な患者の医療選択と同意においては、そのことを十分に理解したうえで、患者の自己決定権が尊重されるような仕組みをつくる必要があるのではないだろうか。

## (3) ソーシャルワーカーに求められる意思決定支援

意思決定支援といっても、そのことばが示す範囲は広いため、石川は、意思決定支援を①意思形成支援、②意思表明支援、③意思実現支援、の3つにわけて説明している。石川によれば、意思形成支援においてソーシャルワーカーは、どのような状態にある人でも意思を形成することは可能であるという認識をもち、彼らをエンパワメントすることが必要であるという。また、ソー

シャルワーカーは意思表示支援において本人がことばや態度などによって意思を表示することができるように支援するとともに、本人が示す意思を確認する工夫をすることも必要であると述べている（石川2019）。

今回の調査では、95.5%が判断能力の不十分な患者の意思を確認するための工夫をしていると回答していたことから、医療ソーシャルワーカーは意思表示支援を意識的に行っていると言えるだろう。しかしながら、「本人が理解しやすい時間帯の選択」や「緊張しない環境の設定」など、本人の意思を汲み取るための時間や場の設定に対する工夫はあまり行われていなかった。前述した「本人の意思決定能力を固定的に捉えない」という観点からすれば、医療ソーシャルワーカーは本人からのメッセージを少しでもキャッチすることができるように、一人ひとりの患者ときちんと向き合い、本人との時間を共有し、ともに考える努力を惜しまないことが必要ではないだろうか。そうすることで、一人ひとりの患者に合ったコミュニケーション方法を見出すことができ、患者の示す意思を正確に捉えることにつながると考える。

## V. 意思決定支援における医療ソーシャルワーカーの役割

### 1. 患者の自律性への視点

前述したように成年後見制度は、後見人による医療行為の同意権を明確に否定しており、判断能力が不十分な人の医療に関する権利は、蚊帳の外に置かれている。では、医療はどのように彼らの医療の選択と同意を保障しているのだろうか。今回のアンケート調査の結果は、家族志向の意思決定に依っていることを示している。小堀（2018）は在宅医として看取った患者の事例をもとに患者とその家族との複雑な関係によって医療の決定が二分されることを明らかにし、最後を患者自身が選べないことを問題視している。また、中山（2018）は、判断能力の有無の如何に関わらず、すべての患者の意思決定が守られる仕組みの必要性を指摘し、患者中心の意思決定支援のあり方を示した。ただし、判断能力が不十分な人への対応については代行決定を中心とした支援にとどまっている。

2000年4月に施行された成年後見制度は、判断能力の不十分な人の自己決定を尊重し、残存能力の活用、ノーマライゼーション等の新しい理念のもと、従来の本人の保護の理念との調和を重視している。すなわち、自分の意思で選択し決定することを可能な限り支援することを制度に内包していることから、法の実行は権利擁護活動と言えよう。この活動においては、従来から人権と社会正義を理念とするソーシャルワークのアドボカシー（代弁機能）が固有な機能として発揮されている（梶川2004：35-37）。権利擁護とは、生命や財産を守り、権利を侵害された状態から救うということだけではなく、本人が自分の人生を歩めるようにするという本人の自己実現に向けた取り組みを保障するものである（岩間2011：22）。当然のごとく、その取り組みは本人が主体的に参加するものでなければならない。この観点から、成年後見制度の効果的な運用においては、個人と社会の間で弱さを抱えた人々と向き合いながら、本人らしく生きる過程を支えるソーシャルワークが求められるのである。同時に、その専門性を発揮できながきわめて大きな意味をもち、医療ソーシャルワークにおける患者の権利擁護とも関連してくる。ブトゥリムは、健康という概念<sup>13</sup>からもヘルスケアとソーシャルワークの目標は、その達成において相互に依存しあっているとし、医療とソーシャルワークを切り離して考えることはできないと指摘する。なかでも、健康に対する全体論的な視点は、ソーシャルワークがもつ人々の心理的社会的な生活機能への視点を必要としている（1989=1993：22-23）。この観点から、判断能力の不十分な人をも含む患者の医療の選択や決定において、医療ソーシャルワークが果たすべき役割は大きい。

医療ソーシャルワークの実践は、厚生労働省が平成14年に示した「医療ソーシャルワーカー業務指針」に見ることができる。通達された業務指針には、「問題解決のための代行等は、必要な場合に限るものとし、患者の自律性、主体性を尊重する」ことが明記されている。自律性とは、「他からの支配・制約などを受けずに、自分自身で立てた規範に従って行動する」(大辞林) ことであり、医療ソーシャルワークが本人の意思決定を尊重することを重視することが示されている。ここに、患者の自律性を尊重することと、患者の権利擁護は同様のことと解される。すなわち、医療ソーシャルワーカーが患者の「意思決定のキャパシティを0~100%の間でどこまで高めていけるのか、当事者の潜在能力を引き出し、代行決定との境界を示していくこと」が必要となる(引馬2016:25)。端的に言えば、判断能力の不十分な人への意思決定支援は、本人の意向をどの程度まで反映することができるかということであり、行為能力における自己決定とは異なる点に留意したい。

## 2. よりよい意思決定を導くための医療ソーシャルワーカーの役割

今回のアンケート調査の自由記述欄には、何とかして患者の意思を反映したいがソーシャルワーカーの知見を多職種に理解されない、または、その方法がわからないというワーカーの苦悩が散見された。

平成30年度に厚生労働省が示した「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン<sup>14)</sup>」においては、判断能力が不十分であっても本人に意思があること、意思決定能力を有することを前提とし、理解する力、認識する力、論理的に考える力、選択を表明できる力の4つの側面への視点と、認知能力の向上に働きかけることが示された。本ガイドラインは、一応の方向性は示されているものの医療ソーシャルワーカーとして何に対してどのように介入するかを明確に理解することはでき難い。そこで、患者の意思決定で主流となっているシェアードディシジョンメイキングをもとに判断能力の不十分な患者の意思決定支援への医療ソーシャルワーカーの役割について考えたい。

シェアードディシジョンメイキングとは、医療者と患者が話し合い、協働して一緒に意思決定する方法である(中山2018:21)。自分らしく納得のいく選択をするために医療の意思決定に至るまでのプロセスを含む。一般的には判断能力がある患者に対して活用されているものであり、治療の選択肢の情報と患者が選択する理由を共に共有しようとするものである。ここで患者が医療を選択する理由に着目したい。医療の選択は、当然のことながら病からの解放を目的とする。しかし、そこでは今後の生活や人生のあり方に大きく関わってくる選択肢も並べられる。なかでも、科学的に実証されない選択肢については、人によって評価が異なることから難しい意思決定となり、科学的な不確実性を前にして何を大切にするか、自分の価値観と一致した意思決定ができるかにかかってくる(中山2019:92)。しかし、意思決定は、社会のなかで行われ、道徳や価値、そこに存在する他者からの影響を否定できず、独力で完遂する「自己決定」はあり得ない(沖倉2013:88)。このことから、医療ソーシャルワーカーは、社会福祉の専門性を活かし「何を大切にしたいか」の根底にある患者の生活経験や個別事情を援助関係のなかで把握し、共に考え、本人のベストインタレスト(最善の利益)を導くことに貢献することができる。とりわけ、意思の形成や表明に課題を抱える患者に対しては、ソーシャルワークの専門技術とスキルを用いて得られた情報・専門的判断・アドボカシー機能が、判断能力の不十分な患者の意思の反映に寄与できると考えている。たとえ、医療の選択について明確な意向が分からずとも、本人の意思の形成・表明、医療チームや家族への代弁・交渉というアドボカシー機能は、病や障害を抱えていく人の尊厳を守ることになる。



医療というものがひとりの人間の生から死までのプロセスに関わる限り、「意思が伝わりにくくても、必ず個人の意思は存在し、主体者としての生き方が実現できる」(石渡2016:11)と言う価値認識が、医療に携わるすべての専門職の共通認識でなければならない。なかでも、医療ソーシャルワークにおいては、本人を問題解決の主体とした実践を貫くことができるのか、具体的な方法論が示せるのか、実践と理論の双方に問われていることを心に留めたい。

## VI. おわりに

本研究では、現行の成年後見制度における代行決定の課題に対して、患者本人の最善の利益を目的に患者中心の意思決定支援に向けた医療ソーシャルワーカーの役割について検討した。しかしながら、アンケート調査の結果からも、判断能力は、病気や障害のみで一括評価され、判断能力の不十分な人の医療・ケアの選択は本人ではないところで決められている実情が浮き彫りとなった。

近年、判断能力の不十分な人の意思決定支援において、社会福祉専門職に対する期待は大きい。例えば、現行制度下では、医療の選択と同意については、成年後見人に委ねられることから医療上の意思決定は医療機関に任せるべきという主張がある(斎藤2015:138)。また、成年後見制度の代行決定を補完するものとして、「さまざまな障害をもつことを前提とした等身大の人間像を踏まえた本人自身の判断と同視しうだけの代行基準が必要であり、それこそ、社会福祉従事者に課せられた課題である」(平田2000:61)と指摘されている。加えて、東京大学公共政策大学院医療政策実践コミュニティの研究においても、医療ソーシャルワーカーは患者のアドボケート(権利擁護者)として最も重要な職種として期待すると報告されている。

しかしながら、わが国が抱える超高齢社会や社会保障費の課題、切れ目のない医療の実現という目標は、いまや、ソーシャルワークを危うくさせている<sup>15</sup>。医療は、政策的動向に左右されやすい領域であり、社会経済システム上にある組織の方針や、ワーカーに課せられた業務の変化などソーシャルワーカーへの影響は大きく、それに伴い権利擁護に関わるソーシャルワークをめぐって社会構造上の問題や制度的矛盾は広がっている(田中2009:98)。これまで、医療ソーシャルワークは、ハンセン氏病患者や原爆、公害などの社会的被害を受けた患者の権利を守ってきた歴史がある。その歴史は、不正義に立ち向かい、病と共に生きる患者の生活再建に取り組む「守るに値する専門職」(Ferguson2007=2012)としての実践であり、保健医療領域のソーシャルワーク実践の出発点であったはずである。ケースワークの原則、とりわけ「自己決定」を重視しながら、病と共に生きる患者の生き方を重視し、その継続を目標としてきた医療ソーシャルワークだからこそ、患者の意思の表出、表明、反映というプロセスに介入し、本人の価値観やニーズ、意向を可能な限り、できうる方法で把握し、代弁することを通じて医療の意思決定支援に寄与することができる。

とりわけ、判断能力が不十分な患者は、意思ある者と認識されず権利侵害を受けやすい状況にあり(林2014)、人権と社会正義を中心的価値に置く専門職として、日々の関わりや関係者からの情報をもとに本人の意思を推察し、アドボケートすることを通じて、患者や医療チームに貢献していくことの重要性を改めて認識したい。

**【付記】** 本研究は、文部科学省科学研究費助成金基盤研究(C)「医療行為の選択と同意における判断能力の不十分な人への意思決定支援に関する研究」[2017-2019年 課題番号17K04295] 研究代表者 林真帆により実施した研究成果の一部である。



- 1 本稿では、先天的かつ後天的な障害や疾病のある人の判断能力において「欠く」という表現は用いない。本研究の焦点は「意思」であり、行為能力とは切り離して考えている。加えて、本研究において「意思」は、社会関係のなかで形成されていくという立場に立つ。そのため、破損や欠落を意味する「欠く」という表現は、本人の潜在能力や可能性を否定する表現であると捉えている。
- 2 平成22年12月に提出された「終末期医療のあり方に関する懇談会報告」のなかで、この検討経緯が説明されている。昭和62年～平成9年までの検討会では、がん患者を中心とした「末期医療」について検討してきたが国民の認識やニーズ、医療現場の現状に鑑み、平成14年以降はがんと共に高齢化に伴う身体衰弱、長期療養などを含み終末期医療として検討を進めてきた。
- 3 「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」平成26年11月4日 (<https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>)
- 4 このガイドラインは、平成19年の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を改訂したものである。  
(厚生労働省<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>)
- 5 厚生労働省資料「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」平成26年3月
- 6 正式名称は「任意後見契約に関する法律」
- 7 民法8条
- 8 同9条
- 9 民法858条
- 10 厚生労働省：成年後見制度利用促進  
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202622.html>) ここではニュースレターなども頻繁に出されている。
- 11 障害者権利条約33条「国内における実施及び監視」における監視の役割を担うために、障害者権利条約実施の促進、保護、監視の全般にわたる枠組みとして、障害者基本法において、内閣府に、障害者、障害者の自立及び社会参加に関する事業の従事者、学識経験者30人以上で構成される審議会として「障害者政策委員会」を置くこととしている（障害者基本法32条、33条）。2016年現在の構成員の半数は、障害者本人又はその家族の代表から構成されている。条約の実施の監視は、政策委員会が、障害者施策の方針の根本を成す障害者基本計画が本条約の趣旨に沿って実施されているかを監視することによって行われる。政策委員会は、「障害者基本計画」の策定又は変更について意見を述べるほか障害者基本計画についての調査審議、実施状況の監視などを行い、必要に応じて内閣総理大臣に対して意見を述べることも等ができることとされている（障害者基本法11条4項、9項、32条2項）。「政府報告」パラグラフ221参照。
- 12 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」は、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すために2018年6月に厚生労働省より公表された。（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>）
- 13 日本WHO協会は、1948年世界保健機構憲章「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」を紹介するとともに、策定背景について次のように説明している。健康状

態は、静的に固定した状態ではなく、かつ健康と疾病は別個のものではなく連続したものであるという意味があること、人間の尊厳の確保や生活の質を考えるために必要で本質的なものだという観点を含む。

(<https://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>)

- 14 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>)
- 15 最近では、医師・看護師・セラピストなどの医療専門職が患者の意思決定に関心を寄せている。なかでも、看護領域で意思決定支援を扱う論文はCiNii検索で381本である。特筆すべきは、退院支援看護師による退院支援において、倫理的な意思決定プロセスがあることが明らかになったことである（2019齋藤・石橋・山下ほか）。

## 【参考文献】

- 道垣内弘人（2002）「成年後見人の権限：身上監護について」『判例タイムズ』1100,238-239.
- Ferguson, I（2007）Reclaiming Social Work: Challenging Neo-liberalism and Promoting Social Justice, Sage Publications Ltd. (=2012,石井康次・市井吉興監訳『ソーシャルワークの復権—新自由主義への挑戦と社会正義の確立』クリエイツかもがわ.)
- George J. Annas（2004）The Rights of Patients, 3rd Ed., Southern Illinois University Press. (=2007, 谷田憲俊監訳『患者の権利—患者本位で安全な医療の実現のために』明石書店.)
- 原司（2001）「成年後見制度の実務上の諸問題」『ジュリスト』(1211), 24-29.
- 林真帆（2014）「高次脳機能障害者の社会生活上で生じる「生活のしづらさ」がもつ意味に関する研究：ソーシャルワークにおける働きかけの焦点の明確化」『社会福祉学』55（2）, 54-65.
- 引馬知子（2016）「『自立』および『支援を受けた意思決定』と障害者制度改革」『ソーシャルワーク研究』41（4）, 19-27.
- 法務省民事局参事官室（1998）『成年後見制度の改正に関する要項試案補足説明』金融財政事情研究会.
- 池永満（2013）『新 患者の権利—医療に心と人権を』九州大学出版.
- 石川時子（2019）「第3章 意思決定支援の理解」上田晴男・小西加保留・池田直樹『権利擁護とソーシャルワーク』ミネルヴァ書房.
- 岩間伸之（2001）「ソーシャルワークにおける『アドボカシー』の再検討」山縣文治編『社会福祉法の成立と21世紀の社会福祉』ミネルヴァ書房.
- 岩間伸之（2007）「高齢者の尊厳と権利擁護『積極的権利擁護の推進に向けて』」『実践成年後見』第20号, 4-11.
- 岩間伸之（2011）「成年後見制度と社会福祉—その接点から新たな可能性を探る」『大阪社会問題研究』No.627, 19-29.
- 梶川義人「権利擁護活動とソーシャルワークの機能」『ソーシャルワーク研究』30（3）, 32-38.
- 上山泰（2006）「医療同意をめぐる解釈論の現状と立法課題」『実践成年後見』16, 43-52.
- 上山泰（2018）「第8章 法的能力」長瀬修・川島聡編（2018）『障害者権利条約の実施』信山社.
- 上白木悦子・前田正一（2013）「在宅医療における患者の権利擁護と倫理（前編）—医療方針の決定とインフォームド・コンセント：看護師・医療ソーシャルワーカーの役割」『訪問看護

と介護』18 (6), 484-488.

上白木悦子・前田正一 (2013) 「在宅医療における患者の権利擁護と倫理 (後編) - 在宅終末期医療における方針決定: 看護師・医療ソーシャルワーカーの役割」『訪問看護と介護』18 (7), 567-571.

小堀鷗一郎 (2018) 『死を生きた人びと 訪問診療医と355人の患者』みすず書房.

小林昭彦・原司 (2002) 『平成11年民法一部改正法等の解説』法曹会.

中山和弘 (2019) 「患者中心の意思決定支援」『手術医学』40 (2), 91-96.

日本弁護士連合会第58回人権擁護大会シンポジウム第2分科会基調報告書 (2015) 「『成年後見制度』から『意思決定支援制度』へ」.

日本福祉大学権利擁護研究センター (2018) 『権利擁護がわかる意思決定支援 - 法と福祉の協働』ミネルヴァ書房.

野中俊彦・中村陸男・高橋和之・高見勝利 (2012) 『憲法 I (第5版)』有斐閣.

沖倉智美 (2013) 「知的障害者への意思決定支援をめぐるソーシャルワーカーの専門性」『社会福祉学』54 (3), 87-90.

齋藤多恵子・石橋みゆき・山下裕紀・正木治恵 (2019) 「急性期病院の認知症高齢者の退院支援過程において退院支援専任看護師が行う倫理的意決定支援」『千葉看護学会誌』25 (1), 47-56.

佐藤幸治 (2011) 『日本国憲法論』成文堂.

銭偉榮 (2011) 「成年後見人の医療同意権」『高岡法学』29,39-83.

曾我幸弘 (2016) 「救命救急センターの立場から 救急医療資源確保と高齢者の尊厳を重視した医療提供体制: 三次救急搬送症例から、今後の在宅医療を考察する (特集 在宅療養患者の救急対応と地域連携)」『在宅新療0→100』(9), 795-799.

高橋晃・岩崎鋼・八重樫伸生 (2010) 「成年後見制度における医療行為の同意に関する研究」『日本老年医学会雑誌』47 (6), 617-621.

竹中勲 (2015) 「成年被後見人・被保佐人の公務員就任権の制約の合憲性」『同志社法学』67 (2), 557-598.

田中千枝子 (2009) 「ソーシャルワークと権利擁護」『社会福祉学』50 (2), 98-102.

田山輝明編 (2015) 『成年後見人と医療代諾権と法定代理人 - 障害者権利条約下の成年後見制度』三省堂.

Taylor, R., Ford, J. eds (1989) Social work and Health Care, Research Highlights in Social work, Jessica kingsley publishers Ltd. (=1993, 小松源助監訳『ソーシャルワークとヘルスケア イギリスの実践に学ぶ』中央法規.)

植竹日奈 (2019) 「救急医療における意思決定支援 - その在り方とソーシャルワーカーの役割」『医療』73 (5), 251-253.

内田貴 (2008) 『民法 I 第4版』東京大学出版会.